

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UN ABSCESO DE BRODIE EN EL PERONÉ ¿TUMOR O INFECCIÓN?

Bureo González J, Comerón Franco R, Garvayo Merino C
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Objetivos

Mostrar el diagnóstico diferencial de un absceso de Brodie (AB) en una localización atípica.

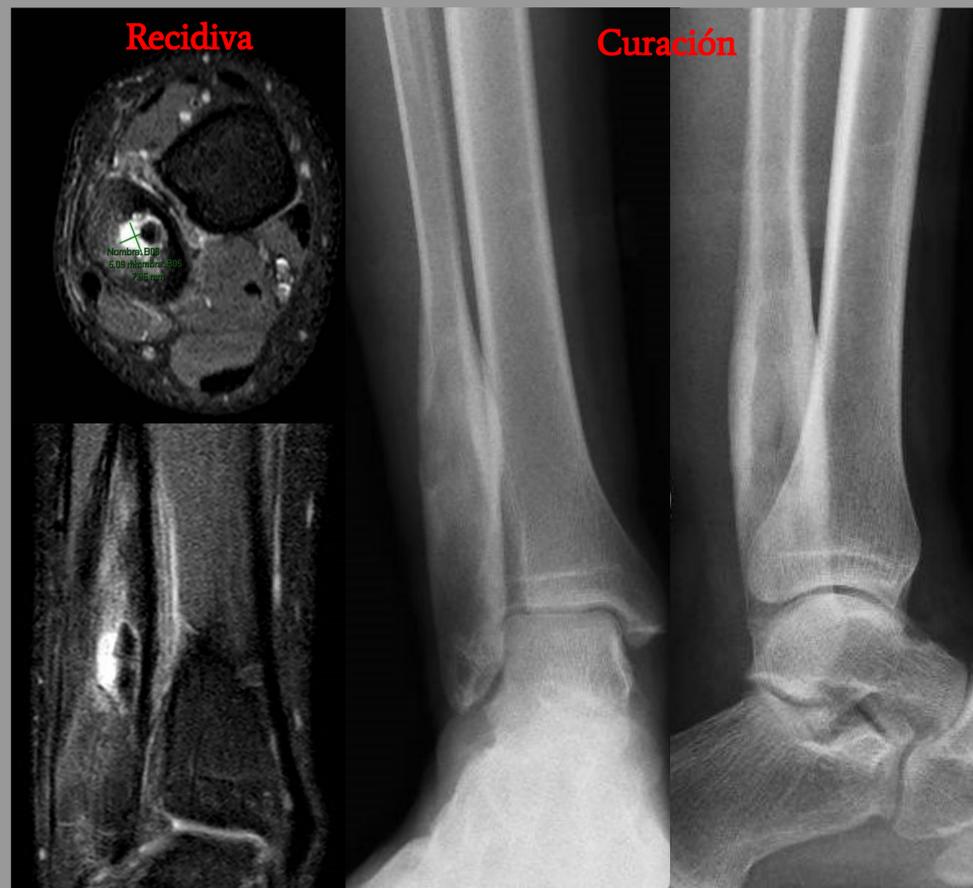
Material y Metodología

Varón de 15 años con clínica de dolor inflamatorio de un año de evolución en cara lateral del tobillo. No presentó antecedentes traumáticos ni infecciosos previos. Presenta dolor a la palpación en el peroné distal, sin otras alteraciones. El estudio radiológico muestra una tumoración ósea con expansión cortical de bordes geográficos, sin erosiones óseas ni reacción perióstica en la zona una metafisodiafilaria distal del peroné, planteándose la displasia fibrosa o el osteoma osteoide como primeras posibilidades diagnósticas. Se realiza estudio histopatológico, con informe de osteomielitis crónica. El resultado del cultivo obtenido fue negativo,

Con el diagnóstico osteomielitis, se trata inicialmente con antibioterapia endovenosa seguida de pauta oral prolongada. A los ocho meses tras la intervención, estando previamente asintomático, comienza con clínica inflamatoria en el tobillo acompañada de fiebre. Tras el estudio correspondiente, se diagnostica de OMC reagudizada. Se opta por intervención quirúrgica realizándose curetaje y posterior alcoholización. Cultivo intraoperatorio positivo para *S. Epidermidis*.

Resultados

Tras el tratamiento quirúrgico y la terapia endovenosa, se alta al paciente con levofloxacino y rifampicina durante 12 semanas. Al año tras la reintervención, el paciente se encuentra totalmente asintomático y normalidad analítica, retomando su actividad cotidiana normal.



Conclusiones

Se conoce como AB a la variante subaguda de la osteomielitis, de localización típica en la metafisis de tibia y fémur con predilección por pacientes pediátricos. A pesar de la baja rentabilidad de los cultivos siendo en gran medida negativos, el germen aislado con mayor frecuencia es el *S. Aureus* en mayores de 4 años y la *K. Kingae* en menores a esta edad. Aunque la presentación más frecuente de la osteomielitis en niños sea la aguda, las variantes subagudas parecen estar en aumento por mayor resistencia del huésped, la disminución de la virulencia y la toma previa de antibióticos.

Dada la ausencia de signos y síntomas específicos y, en muchos casos, la ausencia de antecedentes infecciosos o traumáticos, el AB se plantea como una entidad de difícil diagnóstico. Como diagnóstico diferencial, deben descartarse los tumores óseos, más aún, en los abscesos de localización atípica.

